

Reflexiones en torno a la atención de la salud reproductiva de mujeres jóvenes en un hospital público de La Plata.

Lic. Fonseca, Felicitas

Becaria CEREN-Comisión de Investigaciones Científicas de Provincia de Buenos Aires.

felicitasf@gmail.com

Licia Pagnamento (UNLP-CIMECS); pagnamento@yahoo.com.ar

Introducción.

En este trabajo se reflexiona acerca del modo en que un equipo de profesionales de la salud que trabaja con “adolescentes” enfrenta las problemáticas de salud sexual y reproductiva de dicha población.

De modo general, apunta a conocer cómo los servicios de salud sensibles a los problemas de salud/enfermedad de los jóvenes, refuerzan -o no- estereotipos predominantes acerca de la sexualidad y reproducción en este grupo y en qué sentido contribuyen a deconstruirlos. También, a conocer, a través de la información que proveen y de la relación médico/paciente que entablan, si trascienden el enfoque biomédico o sociosanitario tradicional, basado en la noción de riesgo, que caracteriza a la atención médica asistencial.

Interesa indagar, en particular, cuáles son las prácticas de atención y cómo se construye la relación con las jóvenes en el marco de la consulta para los controles del embarazo en el consultorio de obstetricia del Servicio de Adolescencia de un hospital público de La Plata y cuál es el fundamento de su existencia independiente de otros consultorios y servicios que atienden los mismos problemas de salud en población adulta.

Basado en observación participante (Guber, 2001) y en entrevistas abiertas, se registraron las prácticas de atención, los discursos presentes durante la atención (prescripciones/proscripciones/recomendaciones), la representación que tienen de la población destinataria, las particularidades que les atribuyen a las mujeres jóvenes embarazadas y las características singulares en la atención que brindan.

Salud sexual y reproductiva.

En nuestro país se aprueba en el año 2002 la ley nacional 25673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, luego de casi veinte años desde el retorno de la democracia. Esta

ley genera el Programa Nacional que incluye entre sus metas disminuir la tasa de fecundidad adolescente (Petracci, Pecheny, 2009).

En los últimos años ha habido avances en la legislación en materia de salud sexual y reproductiva: desde la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable antes mencionada, se aprueba en 2006 la Ley 26.130 de contracepción quirúrgica y en 2007 se incorpora la anticoncepción hormonal de emergencia dentro del Programa Médico Obligatorio. Sin embargo, quedan aún muchos desafíos por delante tales como “lograr en muchos aspectos el reconocimiento de las sexualidades de los y las adolescentes; avanzar en la democratización de las relaciones entre mujeres y varones (y entre varones y entre mujeres)”, entre otros (Petracci y Pecheny, 2009) y la legalización del aborto.

En la Provincia de Buenos Aires, se reglamenta en 2003 la Ley 13.066 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable con similares objetivos a los de la ley nacional. Dicho programa posibilita a aquellos profesionales que aduzcan objeción de conciencia, exceptuarse de participar en los programas de salud reproductiva. Al mismo tiempo que como lo planteara Ortale (2009), en la ley aprobada se manifiesta como objetivo “valorar la maternidad y la familia”, considerada ésta como una sociedad natural existente antes que el propio Estado. Bajo el amparo en la “patria potestad”, se justifica que la provisión de anticonceptivos para menores de 14 años se encuentre ligada a la firma del consentimiento informado de los padres. Estos hechos dejan a l@s adolescentes en un marco de desamparo e inequidad que conduce a un acceso desigual a la información y a los recursos a los que tienen derecho, quedando supeditados a los criterios llevados delante de los profesionales responsables de cada servicio, tal como lo plantearan algunos autores (Adasko, 2005; Ortale, 2008).

Como se mencionó anteriormente, en el marco normativo vigente respecto de los derechos sexuales y reproductivos la población adolescente queda entrapada en una zona ambigua en donde son reconocidos por variados tratados internacionales (CIDN) como sujetos de derecho y como tales deben tener un espacio en donde puedan obtener información clara y adecuada respecto de las dudas que tengan respecto a la sexualidad; así como proveer métodos anticonceptivos (MAC) adecuados para la situación en la que se encuentra el o la adolescente.

Desde una perspectiva sociohistórica, la adolescencia surge como categoría diferenciada a finales del siglo XIX junto con el proceso de conformación del sistema económico capitalista en donde se producen modificaciones en la dinámica familiar. En este contexto, el

surgimiento de la educación formal y la escolarización de los jóvenes permitieron que se conceptualice a este grupo etéreo en el paso de “...‘una etapa de transición entre la niñez y la vida adulta’, en la que se identificaron características fisiológicas y psicológicas, muchas de ellas asociadas a conductas de riesgo.” (Checa, 2003: 26). Si bien tal categoría es construida desde indicadores sociodemográficos, físicos y psicológicos; la misma, desde una perspectiva social, no representa a un colectivo (Checa, 2003). Este grupo poblacional es heterogéneo y la “moratoria social” no resulta apropiada como concepto para caracterizar la situación de todos los jóvenes, presentándose diversas realidades en donde la niñez es continuada por responsabilidades que competen a la vida “adulta”.

La perspectiva de la adolescencia como etapa transicional producto de modificaciones tanto biológicas como psicológicas abre el juego a la intervención biomédica en la atención especializada de esta población. Cabe destacar que más allá del hecho de que estos cambios son parte del desarrollo de cada individuo y es en estos momentos en donde se produce tanto la iniciación sexual como la consolidación de la identidad de género, las necesidades de los jóvenes se encuentran vinculadas a los contextos socioeconómicos de pertenencia.

La persistente resistencia del mundo “adulto” a aceptar el hecho de que gran parte de los y las “adolescentes” son sexualmente activos desde temprana edad, ligada a la falta de acceso a información suficiente y adecuada, los convierte en una población vulnerable a embarazos no deseados, a enfermedades de transmisión sexual y a los abortos, los que aparecen como “problemas” importantes a resolver.

Atención del embarazo.

En cuanto al control del proceso reproductivo, se sabe que en las sociedades occidentales la atención del embarazo, parto y puerperio desde mediados del siglo XIX comienza a ser disputada por la biomedicina. De este modo se produce un corrimiento desde el ámbito privado, donde las mujeres se encontraban acompañadas de otras mujeres, parteras y comadronas sin formación médica; hacia un ámbito hospitalario en donde las mujeres se relacionan con el personal sanitario, quienes dirigen, deciden y están presentes durante todo el proceso reproductivo, homogeneizando de algún modo la experiencia (Sadler, 2003: 8).

Este control respecto del proceso reproductivo se enmarca dentro de un modelo médico particular: el Modelo Médico Hegemónico descrito por Menéndez. Dicho modelo biomédico dota a los sujetos, al cuerpo humano y a los procesos de salud/enfermedad y atención con determinados rasgos, entre los cuales se destaca el cientificismo. Acordamos con Blázquez Rodríguez en que “este proceso biomédico y la medicalización de la salud se da de una forma particular en las mujeres, que refuerza su situación de dependencia y por tanto su posición subordinada” (Blázquez Rodríguez, 2005: 7)

En este contexto en donde el proceso reproductivo se encuentra normativizado y pautado claramente cuándo y cuántos son los controles que se deben llevar a cabo durante el embarazo, parto y puerperio, la atención parecería ser más compleja en las mujeres menores de 20 años. Varios autores plantean que la maternidad adolescente sigue ligada a un discurso victimizador, homogeneizador y alarmista, ubicando al evento en un lugar negativo e inaugurando una trayectoria de infortunios (Adaszko, 2005; Ortale 2008; Gutiérrez, 2003; Checa, Erbaro y Schvartzman 2008). Cabe destacar que si bien existe información epidemiológica respecto a la maternidad anterior a los quince años donde se acuerda que ésta puede incrementar las situaciones de riesgo para la madre y el hijo; en las mujeres mayores de 15 años los riesgos obstétricos se encuentran relacionados con mayor fuerza a factores sociales y ambientales que a la edad de la madre.

Debido a las particularidades antes mencionadas, se registra en algunos hospitales un servicio exclusivo para la atención de las/os adolescentes. En este trabajo se concentrará sobre el equipo del servicio de adolescencia de un hospital del partido de La Plata.

El servicio de Hebriatría¹, se ocupa de la atención de la salud de las/os “adolescentes” que se encuentran entre los 10 y los 19 años. Este servicio está integrado por médicos clínicos y generalistas, psicólogas y dos obstétricas (y recientemente residentes de obstetricia) que llevan adelante el control del embarazo normal de las “adolescentes” que se acercan a dicho servicio, derivándose los considerados de alto riesgo a hospitales de mayor complejidad.

Este servicio articula con el servicio de tocoginecología al que derivan a las adolescentes para una atención más personalizada, para la realización de PAP y para el asesoramiento y

¹ La *Hebiatría* es la rama de la Medicina que estudia al Adolescente y sus enfermedades. El término procede del griego hēabee (pubertad) y iatrea (curación). En este hospital, el Servicio fue creado en 1993.

prescripción de MAC. En conjunto, buscan generar un espacio de atención integral, contenedor y eficaz. En palabras de un profesional del equipo:

“Hay una forma muy particular de trabajar con adolescentes, vos tenés, ya te digo, tenés que tratar de contener, de darle seguridad... no podés ser expulsivo. Entonces, si vos tenés un adolescente que además de todos los temores, además de su falta de conocimiento de la vida, y si vos le ponés caras media fea... no vuelve más” (Médico generalista)

En general, el equipo acuerda con la idea de que la adolescencia es un período de cambios importantes tanto biológicos como emocionales por lo cual es necesaria una mayor contención y espacios de atención particulares. En este sentido, plantean el espacio como un ámbito del chic@ en el que él puede elegir libremente si entrar a la consulta solo o con su acompañante. Sin embargo, esta libertad queda restringida al momento de realizar algunas intervenciones en cuyo caso, la presencia del adulto es demandada por los profesionales incluso en los casos en donde ellos mismos reconocen que el paciente se encuentra en una situación de desamparo familiar.

“Lógico que a veces nosotros por la parte profesional también tenemos nuestras responsabilidades y en algunos casos tenemos que darle sí o sí intervención a los adultos, eso es así. Es más, muchas veces vienen solos y nosotros les tenemos que aclarar que nosotros necesitamos un adulto responsable, porque hay situaciones en las que tiene que intervenir un adulto” (médico generalista)

Respecto a la consulta en relación a la sexualidad o a los MAC plantean que es un tema que intentan desarrollarlo a lo largo de las diferentes consultas, acompañando de este modo el desarrollo de l@s adolescentes.

“De todas maneras uno, dentro de lo que es la primera entrevista, o dentro de las entrevistas que va teniendo con la adolescente va tratando de tocar estos temas. Cuando hay posibilidad de inicio sexual, si hay relaciones, si existe la posibilidad de relaciones, porque por ahí ni están en pareja; y uno trata de ir formándoles cierta conciencia de responsabilidad con respecto a esto de empezar a tener relaciones. Fundamentalmente haciéndole entender lo que significa, los riesgos que pueda correr... tanto un embarazo no deseado o no buscado, como por las enfermedades de transmisión sexual. Uno ya le abre la puerta, después lo que quiere por lo general es que o vengan que consulten con nosotros o directamente vengan y consulten con ginecología”. (Médico generalista)

En este sentido, se enmarca una preocupación continúa por mantener a l@s jóvenes dentro del marco del servicio,

“Siempre se trata de captar, de permitirle o facilitarle de que tome las medidas adecuadas. Lo que pasa es que estas son charlas, pero uno trata de que tomen conciencia de acuerdo a su edad de lo que le está pasando, ¿sí? Después nosotros podemos llegar a tener intervenciones que pueden llegar a ser unos minutos, media hora, una hora si vos ves que el cuadro puede llegar a ser muy conflictivo. Después tenés que seguirlo, citarlo y lograr que el paciente tome conciencia y que vuelva, ¿sí? Y que él se preocupe por lo que le está pasando en esa situación y se haga responsable de eso. No es que todo sea éxito.” (Médico generalista)

El caso del consultorio de obstetricia.

En particular, nos interesa el encuentro establecido en el consultorio de obstetricia que pertenece al servicio de Hebiatría. En éste se controla desde la primera entrevista el embarazo de las jóvenes de hasta 19 años inclusive. Una característica del consultorio, radica en que el único criterio de admisión de la mujer es la edad que tiene en el momento de comenzar las consultas obstétricas, sin importar si ya ha transcurrido o no por la experiencia de la maternidad. Toda joven menor de 20 años será etiquetada como “adolescente” y consecuentemente será atendida como tal. Esto es, que además de la práctica que impone la consulta –el monitoreo del crecimiento fetal a través de la medición de la altura uterina, evaluar la presión y el aumento de peso, la vitalidad del feto, etc.- se intenta entablar con la joven un diálogo que, además de cuestiones técnicas o científicas, las interpela desde aspectos emotivos, fomentando la apertura al planteo de dudas y temores de distinta índole.

Como bien plantea Guber “el acto de participar cubre un amplio espectro que va desde ‘el estar allí’ como testigo mudo de los hechos, hasta integrar una o varias actividades de distinta magnitud y con distintos grados de involucramiento” (Guber, 2001: 72). Debido a que el consultorio tiene espacios reducidos para moverse, la investigadora ocupó durante el relevamiento un lugar cercano al de las jóvenes que iban a la consulta y eventualmente hacía las veces de secretaria, o en algunos momentos era invitada a participar de la discusión o a observar alguna cuestión junto con la residente que también se encontraba durante la consulta. Dado a que el diálogo se establecía desde las obstétricas, las posibilidades de interacción de la investigadora en el momento del desarrollo de la consulta, fueron acotadas ya que la intervención complejizaba la interacción. Se podría decir que dentro de los dos polos ideales

que plantea Guber (2001), la investigadora se encontraba cercana a la observación participante en donde el “observador participante hace centro en su carácter de observador externo, tomando parte de sus actividades ocasionales o que sea imposible eludir” (Guber, 2001: 73).

El consultorio en sí es un pequeño box² cuyas paredes divisorias son de machimbre. Esto produce dentro del mismo una confusión de sonidos de los distintos espacios. En su interior apenas hay lugar para una camilla (apoyada sobre una de las paredes laterales) y una mesa pequeña que hace las veces de escritorio (en la pared opuesta de la camilla). Estos dos mobiliarios dejan un pequeño corredor en el cual transita la obstétrica para realizar los controles. El escritorio tiene más de la mitad de su espacio ocupado, por un lado, por una caja que contiene las distintas de órdenes en blanco de las prácticas que la obstétrica requiere a las jóvenes acorde a la edad gestacional en el momento de la consulta. Por otro, por una carpeta de tamaño oficio en donde se llevan “*las estadísticas*”.

Durante el transcurso de la consulta, el escritorio quedará repleto de papeles, sumándose la historia clínica; la libreta materno-infantil; los resultados de las prácticas que las jóvenes han obtenido para el momento de la consulta; y las nuevas órdenes que se le prescribirán. Enfrentado a dos de los lados de la mesa se encuentran dos sillas, una que ocupa la obstétrica y otra que es para la mujer.

La observación se llevó a cabo a partir de la asistencia durante diez semanas al consultorio de obstetricia del servicio de Hebiatría, cuyo funcionamiento es una vez por semana en la mañana. En la permanencia en el consultorio la investigadora presencié ciento diecisiete consultas. Las mismas consistieron en controles de la evolución del embarazo; de la evolución de abortos espontáneos; de puerperio y algunas consultas por MAC. Cabe destacar que a lo largo de estas diez semanas algunas de las jóvenes asistieron más de una vez en presencia de la investigadora, lo que permitió una interacción más fluida. Esto se vio reflejado en algunas interacciones en los pasillos y dentro del consultorio entre la investigadora y las jóvenes; así como una mayor interacción con los profesionales en el momento de la consulta.

Al mismo tiempo nuevas jóvenes iban presentándose en el consultorio. En promedio cada día se atendieron alrededor de diez jóvenes que fueron citadas por la obstétrica en la consulta

² m. En determinados establecimientos, compartimento individual. En <http://buscon.rae.es/drael/>

anterior. También se presentaron al consultorio jóvenes sin turno, otras que fueron derivadas ese día por otro profesional del nosocomio y/o que fueron convocadas por la obstétrica desde los otros espacios que ocupa, produciéndose un incremento en los turnos diarios. Esta situación provocó que ciertos días las obstétricas se sintieran saturadas, y como consecuencia de ello las actitudes y los espacios de diálogo casi desaparecían. Por otro lado, cuando la demanda y por lo tanto la tarea fue menor, los tiempos del consultorio se volvieron más laxos, facilitando que los momentos para las explicaciones y las preguntas fueran más extensos.

Por lo general, la consulta tuvo una duración de entre 10 y 15 minutos, haciéndose más extensa cuando era la primera entrevista de la joven con el servicio o cuando la posibilidad de alguna complicación hizo necesario esperar una interconsulta o fue necesario realizar una indagación más minuciosa respecto de lo que la joven sentía.

Durante la consulta se relevó que los controles implican una cantidad de actividades no sólo técnicas sino y fundamentalmente administrativas que interrumpen la comunicación, se pudo percibir que se hacía un esfuerzo por no interrumpir la comunicación producto de las tareas administrativas de registrar lo que se hizo y lo que se pide a la joven. La continuidad del diálogo, entonces, se produce a través de las expresiones y posiciones corporales de las obstétricas y algún comentario jocoso entre anotación y anotación. La consulta finaliza siempre con la pregunta *“¿Hay algo que me quieras decir? ¿Alguna duda que te haya quedado?”* Dichas preguntas, aunque hayan sido hechas luego de la despedida, funcionaron varias veces como disparador para que la joven planteara alguna duda, en algunas ocasiones las mismas permitieron detectar algunos problemas de salud.

En cuanto a los datos obtenidos durante el primer encuentro, es de interés para la obstétrica si el embarazo fue buscado o no. Ante la respuesta negativa, se preguntó acerca del modo en que se estaba cuidando para prevenir el embarazo. Por lo general no hubo respuestas claras sino más bien alguna que otra “risita” o un silencio por parte de las jóvenes. De modo que lo primero que se le dice a la joven es

“acá te vamos a ayudar a que después de este embarazo, no quedes de nuevo [embarazada] si vos no querés” (Obstétrica)

haciendo especial énfasis en los métodos anticonceptivos orales, para aquellas que manifiestan estar en pareja (más allá de que vivan con ella o no); mientras que aquellas

jóvenes que manifiestan estar solas el MAC predominante aconsejado es el preservativo resaltando de que ahora ellas tienen una responsabilidad doble para no contagiarse ninguna enfermedad –ETS-: su propia persona y la de su hijo/a. Acorde las jóvenes se van acercando a la fecha de parto, el tema de la planificación de los futuros embarazos se anuncia como tema a ser tratado en las consultas del puerperio.

Durante las consultas el discurso sostenido refuerza por un lado, el imaginario del embarazo como una experiencia femenina única e individual deseable y positiva; mientras que por otro promueve la toma de conciencia respecto a la planificación de futuros embarazos no deseados. Haciendo especial hincapié en la importancia de la toma consciente de la decisión tanto afirmativa o negativa respecto de los futuros embarazos. El vínculo que se estableció con la obstétrica culmina en el segundo control del puerperio con la primera asesoría de planificación familiar, ya que a partir de ese momento quien está a cargo del seguimiento tanto clínico como de prescripción de los MAC será la profesional del servicio de tocoginecología.

Como elemento relevante, constantemente refuerza que el embarazo es una experiencia natural e individual. Motivo por el cual las consultas y dudas sólo deben ser dirigidas al especialista:

“Ahora sos la vedette, sos la estrella número uno, lo único que importa es lo que te pasa a vos” (obstétrica)

“El embarazo de tu mamá fue una cosa, y el tuyo es otra historia distinta (...) las dudas que tengas te las sacás acá. No importa lo que diga la abuela, mamá, la cuñada, tu experiencia va a ser única” (obstétrica)

Respecto a la experiencia del embarazo, no hay cabida para otra posibilidad que continuar el embarazo; en el interrogatorio inicial la pregunta acerca si fue buscado o no, tiene como objetivo de reacomodar el discurso inicial. Pero ante el hecho consumado, un embarazo confirmado a través de una ecografía, sólo cabe la aceptación del mismo y el regocijo de tenerlo. No aparece en el discurso ninguna referencia a acompañar la decisión tomada por la mujer (sobre todo debido a que el aborto no es una práctica legal en nuestro país), sino que en el encuentro se refuerza la indirectamente que es la única alternativa posible, recurriendo a respuestas de índole religioso.

“Si Dios te lo mandó, vamos a recibirlo” (obstétrica)

En el único caso presenciado de un intento de aborto, la conversación giró en torno a la posibilidad de que la joven volviera a intentar se le pregunta enfáticamente si va a volver a intentarlo ya que si es así *“le van a explicar claramente cuáles son los riesgos”* (Ostétrica). Ante la respuesta negativa, la siguiente pregunta fue

“¿Aceptás este embarazo o decidiste quererlo? (...) te vamos a ayudar a que vos quieras el embarazo (...) ahora tenés que saber que vas a tener que hacerle frente a esto sola y que vas a poder” (Ostétrica)

De este modo, en las preguntas en un ambiente tenso, se evidencia la influencia que se ejerce sobre las jóvenes para abrazar la maternidad temprana con “felicidad” y “alegría”. Poco se indaga respecto a cuáles fueron las condiciones que dieron lugar al embarazo salvo un *“¿y qué pasó entonces?”* (obstétrica). Lo importante al momento de la consulta es el embarazo consumado y la mejor forma de transitarlo, intentando dar todo el apoyo emocional posible en el sentido antes mencionado.

Algunas veces, también la explicación ante la negativa de uso de MAC, es de corte psicológico ya que *“algo de ganas tendrías porque si no te cuidás sabés que vas a quedar embarazada”* (obstétrica)

A partir de este primer encuentro, en donde se le dan un montón de “deberes” a las jóvenes las siguientes entrevistas comenzarán con las preguntas *“¿cómo te sentís? ¿Cómo va esa panza?”* Preguntas que algunas veces permiten poner a la luz el tema alimenticio, y de las relaciones con la familia. Lo que pondera dentro de las prescripciones que se hacen es que *“escuche su cuerpo”* y que desde allí haga todas las tareas que sienta deseo de hacer. Esto incluye el tema de la escolaridad. Aunque en los casos que las jóvenes manifestaron no tener deseos de asistir a la escuela se le facilitaron los certificados pertinentes para que pudieran justificar los ausentes; la posición tomada por la obstétrica fue la de favorecer la continuidad de las jóvenes en la escuela. Ante algunos casos en donde la escuela que habilitó a las chicas a no asistir durante todo el embarazo hubo una fuerte intervención para que retornen al salón de clase, generando una presión para que la institución escolar visibilice a las jóvenes embarazadas en vez de “darles la libertad” de quedarse en casa.

Algunas consideraciones finales.

Los profesionales de este servicio, realizan un esfuerzo constante por generar una atención interdisciplinaria de l@s jóvenes, al mismo tiempo actúan de nexo entre ell@s y los distintos servicios con los que precisen interactuar; ya que los tiempos de la organización hospitalaria torna a veces compleja la posibilidad de una atención integral. En este sentido, el equipo toma una actitud paternalista con la intención de facilitar el paso por dicha burocracia con el fin de provocar la vuelta de l@s jóvenes al consultorio. Quedando sin herramientas para el seguimiento de los mismos si el/la joven no retorna al consultorio. Sin embargo la fuerte permanencia en el tiempo y el trato “abierto” son las variables que el equipo valora como estrategias para asegurarse el retorno y el contacto continuo de los “adolescentes”.

Más allá del esfuerzo llevado adelante por estos profesionales, hay espacios en donde estos mecanismos fallan y l@s jóvenes pierden su atención preferencial y es allí en donde se evidencia las tensiones dentro de la institución, que les envía un doble mensaje. Por un de “puertas abiertas”, generando un lugar en donde puedan sentirse contenid@s. Por otro lado, se enfrentan a la realidad del sistema público de salud, saturado y excedido en las posibilidades reales de brindar una atención adecuada a quienes lo demandan, enlenteciendo los tiempos para los análisis, teniendo que ir más de una vez a sacar turno, entre otros.

En cuanto a la percepción que tiene el equipo acerca de l@s jóvenes, es de vulnerabilidad, tanto por ser “seres inmaduros” y no toman conciencia de los riesgos a los que se someten (embarazos no deseados y ETS) sino también porque los contextos de donde provienen se encuentran poco contenidos.

En cuanto a la relación con las jóvenes embarazadas, el equipo que las atiende intenta constantemente superar el enfoque biomédico, brindando más tiempo, generando un espacio que permite entablar un diálogo que sea capaz de brindar un lugar para la expresión de las dudas de más jóvenes. Esta atención diferencial se justifica bajo el modelo de adolescencia como etapa de incompletud, inmadurez y transición de las jóvenes; en donde es preciso dar explicaciones más profundas, aunque muchas veces las explicaciones son inacabadas o simplemente son pasadas por alto, anunciándoles a las jóvenes solamente las indicaciones de lo que deben hacer. En aspectos se apela a la autoridad médica, como único modelo posible de comprender la realidad para de algún modo disciplinar y orientar la conducta de las jóvenes hacia una “maternidad feliz”.

Bibliografía.

- Adaszko, A. (2005) “Perspectivas socioantropológicas para la adolescencia, juventud y el embarazo” en Gogna, M (coord.) *Embarazo y maternidad en la adolescencia*, Buenos Aires, CEDES.
- Blázquez Rodríguez, M. I. (2005) «Aproximación a la antropología de la reproducción.» *AIBR*, nº 42 (julio-agosto 2005): 1-25. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/623/62304208.pdf>
- Checa, S. (2003) “Introducción. Aproximaciones a la problemática de la sexualidad adolescente” en Susana Checa (comp.) *Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos en la Adolescencia*. Ed. Paidós, Tramas Sociales. Primera edición. Buenos Aires.
- Checa, S.; Erbaro, C. y Schwartzman, E. (2003) “Cuerpo y sexualidad en la adolescencia” en Susana Checa (comp.) *Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos en la Adolescencia*. Ed. Paidós, Tramas Sociales. Primera edición. Buenos Aires.
- Guber R. (2001) *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Ed. Norma. Primera Edición. Bogotá.
- Gutiérrez, María Alicia (2003) “Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: una cuestión de ciudadanía” en Susana Checa (comp.) *Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos en la Adolescencia*. Ed. Paidós, Tramas Sociales. Primera edición. Buenos Aires.
- Petracci, M.; Pecheny, M. (2009) “Panorama de derechos sexuales y reproductivos, Argentina 2009” *Argumentos. Revista de crítica social*, 11, octubre 2009. <http://argumentos.fsoc.uba.ar/index.php/argumentos/article/viewFile/3/3>
- Ortale, S. (2008) “Los programas de salud sexual y reproductiva y la maternidad adolescente en el partido de La Plata. Discusiones a la luz de los derechos humanos y el enfoque de género.” En actas de congreso. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Agosto. Misiones.
- Sadler, M. (2003). "Así Me Nacieron A Mi Hija". Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario. Tesis para optar al Título de Antropóloga Social. Profesora guía: Sonia Montecino. Universidad de Chile. <http://www.portalpsicologia.org/servlet/File?idDocumento=3375>